

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 23

A LA RECHERCHE D'UNE BASE ORGANIQUE DANS UN CAS DE MYTHOMANIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 6 Mars 1944

PAR

R. J. F. A. GRAAFLAND

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

DIPLOMÉ D'HYGIÈNE

né le 28 novembre 1914, à Kampen (Pays-Bas)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

<i>Examineurs de la thèse</i>	{	MM. EUZIÈRE, <i>professeur, président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		GIRAUD, <i>professeur.</i>		
		BERT, <i>agrégé.</i>		
		D ^r LAFON, <i>chargé d'agrégation.</i>		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, rue Jardin-Martel, 3

1944

GRAAFLAND (R. J. F. A.). -

A la recherche d'une base organique dans un cas de mythomanie.

— *Montpellier, impr. de la Presse*, 1944, in 8°, 44 pp.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 23).

GRAAFLAND (R. J. F. A.). -

A la recherche d'une base organique dans un cas de mythomanie.

— *Montpellier, impr. de la Presse*, 1944, in 8°, 44 pp.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 23).

GRAAFLAND (R. J. F. A.). -

A la recherche d'une base organique dans un cas de mythomanie.

— *Montpellier, impr. de la Presse*, 1944, in 8°, 44 pp.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 23).

GRAAFLAND (R. J. F. A.). -

A la recherche d'une base organique dans un cas de mythomanie.

— *Montpellier, impr. de la Presse*, 1944, in 8°, 44 pp.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 23).

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 23

A LA RECHERCHE D'UNE BASE ORGANIQUE
DANS UN CAS DE MYTHOMANIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 6 Mars 1944

PAR

R. J. F. A. GRAAFLAND

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

DIPLOMÉ D'HYGIÈNE

né le 28 novembre 1914, à Kampen (Pays-Bas)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

*Examineurs
de la thèse*

MM. EUZIÈRE , professeur, président.

GIRAUD, professeur.

BERT, agrégé.

D^r LAFON, chargé d'agrégation.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, rue Jardin-Martel, 3

1944

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

MM.

Anatomie	J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
	GIRAUD, doyen.
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, ass.
	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses ..	EUZIERE, doyen hon.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1er âge ..	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N...
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.

MM.

Chimie	MONNIER, agrégé.	Clinique de la	
Microbiologie ..	CARRERE, agrégé.	tuberculose ..	VIDAL, professeur.
Hist. nat. méd.	HARANT, agrégé.	Pathologie chir..	MOURGUE-
Pharmacologie ..	HARANT, agrégé		MOLINES, agr.
Pathologie méd.	BOUCOMONT, agr.	—	TRUC, agrégé.
—	BERT, agrégé.	Chir. expérim. ..	GUIBAL, agrégé.
Propédeut. méd.	P. RIMBAUD, agr.	Médecine opér. ..	ROUX, agrégé.
Clin. interne ..	PUECH, professeur.	Accouchements ..	CADERAS
Clin. des mal.			DE KERLEAU, agr.
contagieuses ..	JANBON, profes.	Stomatologie ..	HOUPERT, docteur en
			médecine.

Agrégés en exercice

MM.

MM.

Médecine	P. RIMBAUD.	Chirurgie	MOURGUE-
—	BOUCOMONT.		MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
—	LAFON, ch. d'agr.	—	ROUX.
Chimie	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Bactériologie ..	CARRERE.	Accouchements ..	CADERAS
Hist. nat. méd.	HARANT.		DE KERLEAU.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA SCEUR

A MES AMIS

A MON JURY DE THESE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR EUZIERE
DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

*en reconnaissance de la sollicitude
qu'il me porta aux heures difficiles de
1939-1940.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR GIRAUD
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

*à qui je dois une si grande dette de
gratitude en raison de tout ce qu'il a
fait pour moi durant ces tristes années.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BERT

*dont j'ai pu apprécier la bonté et la
spontanéité.*

MONSIEUR LE DOCTEUR LAFON

*à qui je dois une grande partie de ma
formation professionnelle.*

AU DOCTEUR MAS

qui fut pour moi un véritable maître.

A TOUS MES MAITRES D'EXTERNAT

Témoignage de profonde reconnaissance.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES CHEFS DE CONFERENCE

D'INTERNAT ET D'EXTERNAT

A LA RECHERCHE D'UNE BASE ORGANIQUE DANS UN CAS DE MYTHOMANIE

INTRODUCTION

Nous avons divisé cette thèse en trois parties :

Dans une première partie, nous avons voulu situer le problème et nous avons rappelé brièvement les conceptions nouvelles concernant les manifestations hystériques, en particulier sur l'organicité de certains de ces syndromes.

Dans une deuxième partie, nous avons relaté un cas de mythomanie (dû à l'obligeance de M. le Professeur Euzière) ; nous avons détaillé l'observation, car elle est à la fois amusante et intéressante.

Dans une troisième partie, nous avons fait un essai d'interprétation en nous basant sur la conception nouvelle de l'hystérie en général, et nous avons cherché une base organique dans ce cas de mythomanie.

La bibliographie, d'ailleurs incomplète, qui termine cette thèse, ne porte que sur certains éléments qui nous ont paru apporter quelques lumières sur l'organicité des phénomènes observés chez notre malade.

I

Déjà, en 1920, Briand et Rouquier rapportaient l'observation de deux malades atteints d'encéphalite, présentant des accidents intermédiaires entre l'encéphalite et les états pithiatiques vrais, mais c'est surtout en 1928, au Congrès roumain de Neurologie de Cernauti que l'Ecole roumaine, avec Radovici et Marinesco, exposait sa conception de l'hystérie avec son « déterminisme méso-diencephalique ». Cette question fut l'objet d'un rapport de H. Baruk et de L. van Bogaert au 39^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, tenu à Bruxelles en juillet 1935, et J. Tinel et H. Baruk, à propos d'un cas de crise de catalepsie hystérique et rigidité décérébrée, pouvaient écrire (1) : « Nous assistons certainement, à l'heure actuelle, à un remaniement profond de la conception des névroses et psychonévroses. Il nous est aussi complètement impossible de nous contenter, dans la plupart des cas, des simples interprétations psychologiques ou même de l'étude du fond mental de ces malades. Les moyens plus précis d'investigation, neurologiques ou biologiques, les enseignements inattendus de l'encéphalite léthargique,

(1) *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 12 oct. 1928.

les recherches physiologiques et expérimentales, tout concourt en somme à nous montrer que, sous les apparences bizarres et capricieuses des névroses, existent presque toujours des perturbations physiologiques réelles, des altérations du dynamisme nerveux, des réaction vasomotrices anormales et, dans quelques cas même, de véritables lésions organiques ».

En effet, l'ancienne hystérie, du temps de Sydenham, qui comprenait « la moitié du troisième tiers des malades, c'est-à-dire la moitié des maladies chroniques », est devenue bien moins fréquente. Les grands stigmates de l'hystérie de Charcot n'existent plus depuis que nous savons éviter de suggestionner les malades. Mais nombreuses sont les manifestations dites « hystéroïdes », qui, par leur allure bizarre, fantasque, capricieuse, s'éloignent de ce que nous enseignent la clinique et l'analyse des affections du système nerveux. Au fur et à mesure que nous connaissons mieux la pathologie du cerveau, la nature hystérique de ces syndromes est moins évidente. Il suffit de parcourir les nombreuses observations publiées depuis l'épidémie d'encéphalite de 1918-1920, pour se rendre compte que nombre de cas, considérés autrefois comme d'origine hystérique, sont d'étiologie organique indiscutable; les crises oculogyres des parkinsonniens en sont le cas le plus typique, et, cependant, elles peuvent apparaître et disparaître sous le simple effet de la suggestion et de la contre-suggestion (Marinesco).

Ainsi, donc, avant 1920, l'hystérie, qui, pour Lévy Valensi, est une intrication de pithiatisme, d'émotivité et de mythomanie, était considérée comme une névrose. Depuis cette époque, de nouvelles conceptions ont vu le jour et on admet, à l'heure actuelle, qu'il y a à la base de ce

syndrome un trouble du fonctionnement mésocéphalique, trouble dynamique pour les uns, lésion organique pour les autres, en particulier pour l'Ecole roumaine.

Radovici écrit, par ailleurs (1) : « Il existe à la base du cerveau, dans les formations opto-striées végétatives et dans les voies extrapyramidales, un véritable appareil hystéro-gène. Des lésions indélébiles ou de légères altérations réversibles sont capables de produire toute une gamme de manifestations motrices, sensitivo-sensorielles, végétatives ou psychiques qui, aujourd'hui encore, sont considérées par les auteurs classiques comme n'ayant aucun substratum organique, c'est-à-dire d'origine psychogénétique, car, non seulement les crises oculogyres et les différentes kinésies hystéroïdes, depuis la chorée rythmée jusqu'aux dystonies généralisées autrefois attribuées à l'hystérie sous différents noms, mais aussi l'état mental caractéristique des hystériques, c'est-à-dire la suggestibilité exagérée, le pivot du pithiatisme, se trouve être la conséquence d'une altération des fonctions méso-diencephaliques. Les altérations du caractère, la perversité mythomane et l'hypersuggestibilité des post-encéphalitiques sont notoires et connues par tous les neuropsychiatres. L'étude du psychisme sous-cortical, encore à son début, avec les intéressants travaux de Lhermitte, de Hascovek, la conception des centres psycho-régulateurs de Roussy et Camus, sont à même de jeter un jour nouveau sur l'interprétation des troubles mentaux striés, concernant la vie des instincts, des affects et des émotions (paléo-psychisme). On peut admettre que presque tou-

(1) L'hystérie après Charcot et après Babinski devant les progrès de la neurologie (Radovici). *Journal de Médecine de Lyon*, avril 1935.

jours, à la base de la plupart des troubles diagnostiqués aujourd'hui comme hystériques, il doit y avoir de petites cicatrices, séquelles de processus frustes, anciens, depuis l'enfance, conséquences de petits traumatismes obstétricaux ou autres, de quelque encéphalite banale, compliquant les infections grippales, la rougeole, la coqueluche ou d'autres virus neurotropes inconnus ».

Mais ce point de vue n'est adopté que par un petit nombre de neurologistes; il n'y a pas de preuves anatomiques. Pour Marinesco, il n'y a pas d'altérations cellulaires visibles, mais des modifications biochimiques, un facteur humoral entraînant des perturbations dans le fonctionnement des centres sous-corticaux. Il écrit (2): « Nous pensons qu'un phénomène ne peut exister dans le domaine neurologique, aussi bien du point de vue moteur, sensitif, que psychique, sans qu'il ne relève d'un substratum physiologique. En effet, on ne conçoit pas l'existence d'une action, ni même d'une modification, d'une pensée ou d'un acte sans une modification concommittante humorale, biochimique ».

Ludo van Bogaert est d'un avis analogue et écrit (3) : « Il est probable que dans quelques années la crise hystérique aura fait preuve organique, qu'elle sera différenciée du pithiatisme et qu'elle ne présentera plus pour le neurologiste qu'une modalité d'irritation méso-céphalique ayant la même valeur localisatrice qu'une crise jacksonienne ».

(2). Sur un cas de mythomanie hystérique (Marinesco et M. Nicolesco). *Annales médico-psychologiques*, nov. 1938.

(3) Tumeur du 4^e ventricule (L. van Bogaert et P. Martin). *Revue de Neurologie*, 2 sept. 1928.

H. Baruk et Mlle Y. Gévaudan disent (1) : « Bien que l'on admette généralement la nécessité d'un état mental particulier dans le pithiatisme, d'une constitution psychopathologique en quelque sorte préformée, comme c'est le cas de la théorie de Dupré, Logre et leurs élèves, il est des cas cliniques ou biologiques ne s'accordant pas avec une telle conception. La preuve en sont les cas où l'état mental, dit pithiatique, survient transitoirement grâce à des causes physio-pathologiques accidentelles atteignant plus ou moins le fonctionnement du système nerveux ».

Une autre conception, voisine, sinon identique, déjà entrevue par R. Bénard (2), et à laquelle nous nous rallions volontiers, est celle d'une « épine irritative », facteur de manifestations vasomotrices intéressant cette région et on ne pourrait mieux faire qu'à la comparer à la crise d'asthme, pour laquelle personne ne conteste plus actuellement la réalité d'une épine irritative. Bezançon écrit : « Lorsqu'on voit un asthmatique avéré faire une crise d'asthme à la suite d'une émotion ou même comme dans l'observation clinique de Germain See, par la suggestion d'une rose en papier, il est indiscutable que sa crise n'est pas d'origine anaphylactique mais bien de cause suggestive ou émotionnelle. Ce n'en est pas moins une crise d'asthme réelle qui met en œuvre les mêmes réactions physiologiques que les autres crises et qui cesse, comme elles, sous l'influence de l'adrénaline. Il peut même arriver qu'une crise d'asthme

(1) Hystérie et psychose périodique, H. Baruk et Y. Gévaudan. *Revue médicale française*, mars 1937.

(2) *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 12 oct. 1928. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 31 mars 1922.

authentique disparaisse sous l'action d'une émotion vive, d'une distraction violente ou d'une suggestion heureuse ».

On peut observer également des cas d'obésité qui disparaissent par des influences psychiques, mais on constate presque toujours un certain degré de dystrophie, indiquant qu'à la base se trouve une « épine » de la région infundibulo-tubérienne. Les cas d'anorexie mentale nous en fournissent un bel exemple (3).

Nous voudrions, par l'observation suivante, apporter un document de plus à cette manière de voir.

(3) Voir, à ce sujet, la communication de Euzière et Bert au 43^e Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes de langue française, tenu à Montpellier en octobre 1942.

II

Renée M..., actuellement âgée de 18 ans, est née à terme, de parents bien portants. Cependant, son père a un caractère coléreux, égoïste et s'abandonne à la boisson, et le père de sa mère est décédé d'une hémiplegie spécifique à 49 ans; l'accouchement a été normal, elle a commencé à marcher à 9 mois; la première dent est sortie à 12 mois; elle parle à l'âge de 2 ans.

Au cours de la croissance, elle paraît toujours deux ou trois ans de plus que son âge. Déjà se manifeste une tendance à l'obésité, tendance qui ira en s'accroissant à mesure qu'elle grandit. A 9 ans, sa constitution est celle d'une fillette de 14 ans. A 9 ans et demi, apparition des premières règles qui seront toujours abondantes, mais régulières. A partir de ce moment, elle perd fréquemment connaissance sans raison apparente, mais il n'y a jamais eu de contractions toniques ou cloniques, ni émission involontaire d'urine. On note simplement une congestion de la face, de la dyspnée et des palpitations après la crise. Elle ne présente, par ailleurs, aucune anomalie de caractère, si ce n'est une excessive timidité. En classe, très bonne élève, sage et appliquée.

A 11 ans, elle entre comme pensionnaire au lycée; son activité scolaire se ralentit. Elle lit durant les cours et ne

prête aucune attention à ce que lui disent les professeurs. Les romans policiers et d'aventures extraordinaires la passionnent, alors que les romans sentimentaux la laissent indifférente.

Elle est constamment en proie à des malaises difficiles à définir : palpitations, précordalgies, lipothymies, crises de dyspnée, petites poussées de température. On pratique à ce moment un contrôle radiologique pulmonaire, qui ne montre aucune image pathologique. Nous sommes en 1936.

Cependant, ces malaises continuent; au cours d'une de ces « crises », on trouve de l'acétonurie, une fois une albuminurie transitoire pendant une quinzaine de jours.

Vers 12 ans et demi, elle présente des accès de sauvagerie, elle s'enferme des journées entières, ne parle presque pas, ne fait aucune confiance. Elle semble possédée de la folie d'écrire; cependant, elle déchire tout ce qu'elle écrit, sitôt fini, mais des fragments trouvés font comprendre qu'il s'agit de romans, de journaux intimes, lettres à des personnages imaginaires ou morts (on en a trouvée une adressée à Lamartine), poèmes, etc. Chez elle, elle reste toujours enfermée ainsi. Au lycée, elle a peu d'amies et fuit le plus possible la compagnie des fillettes de son âge. Elle devient insupportable par périodes. A ces moments-là, elle sort de sa timidité habituelle pour devenir insolente; elle commet mauvais tour sur mauvais tour.

Elle a une intelligence au-dessus de la moyenne et un esprit supérieur à celui des enfants de son âge. Elle discute politique et religion, et tient tête à n'importe quelle personne qui est d'un avis contraire. Elle apprend toute seule la langue de Mistral. Elle s'initie à la musique et, après une année d'apprentissage, joue comme si elle avait étudié depuis quatre ou cinq ans.

En février 1938, un jour, on la gronde; elle écrit à la directrice, répétant des injures; elle porte cette lettre, non signée, sur le bureau de celle-ci, pendant la nuit. La directrice la renvoie, disant qu'elle regrette cette élève qu'elle juge d'une rare intelligence, mais elle ne la croit pas normale. Renée ne semble pas se rendre compte de ce qu'elle a fait et n'a aucun remords. Elle change d'établissement, est très sage et obtient de bonnes notes.

Pendant l'année scolaire 1939-1940, elle est très appliquée, n'a reçu aucune punition et, au classement, est première partout. Cependant, en mars 1940, on note un épisode fébrile à début brusque, durant environ vingt jours, avec une température montant à 40°, sans autres phénomènes surajoutés, si ce n'est une céphalée assez intense. On pense à une infection intestinale et on la traite en conséquence. Mais, à partir de ce moment, elle présente une véritable boulimie; elle mange tout ce qui lui tombe sous les mains; cette boulimie va persister à un degré plus ou moins intense, jusqu'en septembre 1941.

En octobre 1940, mysticisme. Elevée sans religion, elle devient très pieuse, elle va trouver un prêtre, fait sa première communion puis déclare vouloir être religieuse. Elle écrit toujours, mais, cette fois-ci, sur la religion. Pendant tous ces loisirs, elle apprend des cantiques et ne manque aucun office. Dans une page d'un journal intime, datant de cette époque, elle écrit: « Mon Dieu, comme c'est bizarre de sentir en soi deux natures: l'une extérieure, riante, gaie, un peu impertinente, sans cœur...; l'autre intérieure, plus profonde, plus réfléchie. Celle-là, je crois que personne au monde, sauf moi, ne la connaît, même pas maman, à qui je raconte tout ce que je fais, mais pas ce que je pense. Combien de fois m'est-il arrivé de sentir monter des

larmes à mes yeux en voyant un vieil homme lourdement chargé. Et qui pourrait imaginer la façon dont j'aime maman? Que dis-je, j'aime? j'adore! Seulement, voilà, il y a certains moments où ce n'est plus moi qui guide mes pensées, mes actes. Je ne pense même plus, je ne sens plus, je fais les choses machinalement; une heure après, je retrouve mes esprits, c'est trop tard. D'ailleurs, à bien réfléchir, quand je pense à ces instants-là, il y a comme un vide dans ma mémoire et il me paraît monstrueux que ce soit moi, qui pense d'une bonne manière, qui ait agi ainsi.

« Ce qui m'arrive, je le sais, c'est le démon qui s'empare de mon intelligence, et quand il a bien joué, il la laisse, mais c'est trop tard. Contre lui, je n'ai qu'une arme, c'est la seule, mais la meilleure: la prière. Une prière fervente vaut toutes les volontés, toutes les décisions ».

Mais alors sa conduite commence à ne plus être en rapport avec ses sentiments religieux. Elle mange le soir dans son lit et avoue sans manifester aucun remords. En classe, les notes baissent. La conduite devient mauvaise; insolences, gestes déplacés; elle est renvoyée de l'école. Dans une lettre qu'elle écrit à un prêtre en qui elle a toute confiance, elle s'élève jusqu'à l'exaltation, l'exaspération, l'idée fixe. Elle admet la légitimité de son renvoi à la suite d'un tour d'espièglerie mais s'indigne avec véhémence contre l'accusation de vol dont elle a été victime et de l'indiscrétion de ses compagnes qui se sont emparées de ses notes intimes. C'est pour elle une obsession qui la poursuit jusque dans son sommeil.

En avril 1941, c'est-à-dire peu de temps après son renvoi de l'école, elle présente un épisode fébrile à début progressif, qui dure environ quinze jours, avec une température au-dessus de 40°, en plateau, céphalée et bradycardie rela-

tive (mais, déjà, en état de bonne santé, présentait un pouls très ralenti); le diagnostic est incertain, la température tombe en 48 heures. Cette poussée est suivie d'une boulimie importante, comme en témoigne la grande quantité de boîtes de conserves qu'on trouve cachées dans la cheminée. Grondée sévèrement à ce sujet, elle prend l'attitude butée et méprisante de quelqu'un qu'on accuse à tort. On aurait noté à ce moment des petites phénomènes d'amnésie, Renée oubliant certains détails de sa vie passée. Après cette remontrance, elle présente une rechute (15 jours après la première poussée), de même allure que l'épisode précédent: température à 40° pendant quelques jours, céphalée intense, mais pas de signe de Kernig; pouls en discordance avec la température (41°6, pouls 65). Cette température a été contrôlée plusieurs fois. On pratique une ponction lombaire qui se révèle normale (liquide eau de roche, avec 0,5 lymphocytes par mm³ à la cellule de Nageotte, 0,22 d'albumine par litre, 0,71 du glucose par litre, 7 gr. 10 de chlorure par litre; l'examen bactériologique ne montre ni B.K. ni autres germes). Il n'y a pas d'albuminurie, ni de glycosurie. La température persiste jusqu'au 28 avril.

Renée devient plus renfermée que jamais, se retire toute la journée pour écrire, jouer de la flûte.

Fin mai 1941, elle profite de ce qu'elle est seule à la maison pour préparer sa fugue. Elle laisse le billet suivant, écrit au crayon:

« Ne me cherchez pas. Ne me faites pas chercher. Je pars. J'en ai assez d'entendre dire tout ce que j'ai déjà entendu, je m'en vais. Dites-vous bien que me faire rechercher, alerter toutes les polices, etc., ne servira à rien qu'à faire une publicité fâcheuse autour de vous. Vous pensez bien que si je pars, j'ai pris toutes mes précautions, et je

suis absolument sûre que jamais vous ne me retrouverez ».

On découvre dans ses affaires la preuve qu'elle avait depuis au moins quatre ou cinq jours préparé la fugue; elle avait été plus silencieuse que de coutume, s'enfermant dans sa chambre, où on a retrouvé une liste d'effets à emporter, on y trouve également un billet ainsi conçu: « Jeune fille franç., références hab., enseign. piano, it., angl., al., cherche situation auprès enfants chez particuliers ou dans pensionnat. Havas ».

Au bout d'un mois, les recherches aboutissent; on a pu reconstituer ses pérégrinations. Partie à bicyclette, elle couche le soir sous son véritable état civil, à X... Elle avait emporté trois immenses colis, très lourds, contenant, en plus des objets nécessaires, judicieusement choisis, les objets les plus hétéroclites. Le lendemain, elle descend dans un hôtel modeste, mais bien fréquente, où elle se fait remarquer par sa réserve et sa bonne tenue. Elle y reste deux ou trois jours. On y a retrouvé de nombreuses lettres, la plupart inachevées, où elle demandait du travail. Elle empruntait l'état civil et les titres universitaires de sa sœur. Sur d'autres lettres, elle prétendait connaître la comptabilité, la sténo-dactylographie, qu'elle n'a jamais apprise. Sur d'autres lettres, encore, elle prétend avoir été bonne et avait préparé à cette intention d'excellentes références. Mais tout cela n'a pas été utilisé. On trouve des lettres ainsi conçues:

« Madame. J'ai lu votre annonce sur le journal et j'aimerais beaucoup que vous me désigniez pour occuper cet emploi; j'ai vingt ans (en réalité 15 et demi), je suis robuste et je dois travailler pour faire vivre ma mère en traitement à la montagne. J'étais placée, durant cinq années de suite, chez Mme X... à Z..., qui m'a délivré un certificat et qui ne

s'est séparée de moi que parce qu'elle s'embarquait pour l'Algérie ». On a retrouvé le brouillon de ce certificat : « Je soussigné, Madame X..., certifie avoir gardé à mon service, depuis le mois de juin 1936, en qualité de bonne à tout faire, Mademoiselle (nom de sa sœur). Je n'ai eu qu'à me louer de ses qualités, honnêteté scrupuleuse, tact, dévouement, discrétion, en font une véritable personne de confiance. De plus, Mademoiselle H... a toujours eu une vie parfaite, sérieuse et honorable ».

Puis, n'ayant plus qu'une petite somme d'argent, elle paye sa note d'hôtel et part. On suppose qu'elle a erré pendant deux jours dans X..., employant tous ces tickets de pain (elle n'avait pas oublié sa carte d'alimentation) et le soir couchait à la gare.

Elle aboutit ainsi, à bout de forces, dans une église, où elle va trouver un prêtre à qui elle raconte une histoire inventée, déclarant sa mère malade et cherchant du travail. Elle donne toujours l'état civil de sa sœur. Le prêtre l'envoie à la protection de la jeune fille; elle arrive hagarde, sale, tenant à peine sur ses jambes. On la fait se laver, se reposer, on la restaure. Elle raconte la même histoire qu'au prêtre, puis ne parle presque plus; la directrice, apitoyée, s'occupe de lui chercher une situation. Le lendemain, elle entend parler de « la police » (simple agent venant faire une course); affolée, elle se sauve, oubliant même sa carte d'alimentation.

L'après-midi, elle va trouver un ami de sa sœur, pensionnaire au lycée; elle lui déclare être à X avec sa sœur et qu'après une attaque à main armée elle n'avait plus un sou. Pouvait-il prêter quelque chose? Il hésite, mais connaissant la légendaire timidité de Renée, il ne peut imaginer une seule minute qu'elle ose agir ainsi. Elle lui extor-

que ainsi 200 fr. Le soir, un gamin apporte à son onclè, habitant X..., une lettre anonyme, dans laquelle elle disait être aux mains de bandits et réclamaient une ragon de 10.000 fr., déposée en un endroit précis, moyennant quoi elle serait remise en liberté; elle avait déformé sa propre écriture pour écarter tout soupçon et avait ajouté à l'écrit des présumés bandits quelques mots d'une main tremblante, affirmant que c'était vrai; elle y avait joint une médaille qu'elle portait sur elle. Le chef de la Sûreté, lui-même, se dérange, croyant avoir à faire à une bande organisée. Mais personne ne vient chercher l'argent au rendez-vous, ce qui donne une impression de manque de logique, d'inachevée, dans tout ce qu'elle entreprend.

Deux jours après, le 9 juin, à bout de forces, elle tombe sans connaissance dans la rue, sale, échevelée, les pieds en sang. Elle est transportée à l'hôpital, où elle reste ainsi deux jours dans un état de léthargie. A son réveil, elle ne se souvient plus de rien. Il y a amnésie complète. Cependant, cette amnésie n'est pas aussi absolue, qu'elle le dit. Elle écrit une lettre au médecin de son village, ainsi conçue: « Monsieur le Docteur. Veuillez m'excuser de la liberté que je prends en vous écrivant; mais je suis en traitement à l'hôpital de X... depuis trois semaines. J'y ai été amenée le 9 juin au soir, par Police Secours, j'avais été frappée de syncope dans la rue et je suis restée deux jours dans le coma. Quand j'ai repris connaissance, je ne me souvenais plus de rien: j'étais complètement perdue. Peu à peu, cependant, la mémoire m'est revenue. Ayant entendu prononcer devant moi le nom d'A... et de P..., il m'a bien semblé reconnaître ces deux pays. Je me suis souvenue avoir été malade (une maladie qui me faisait beaucoup souffrir de la tête, et avoir subi un traitement que j'ai ex-

pliqué au docteur ; il m'a dit qu'il s'agissait d'une ponction lombaire et qu'elle datait de quelques mois seulement (deux à six mois). Il me semble que si c'est vous qui m'avez soigné (il n'y a qu'un docteur à P..) vous devez vous souvenir de mon nom exact, et surtout de l'adresse de mes parents ; c'est ça, surtout, que je voudrais bien retrouver.

« Je me souviens avoir une maman, une grande sœur Rosette, une petite Nonote et je pense aussi avoir été opérée de l'appendicite par le Docteur B..., d'A.... Les médecins pensent que j'ai environ dix-sept ans. Veuillez agréer, etc., etc.. », signé d'un nom fantaisiste (ce nom a été retrouvé dans un de ses romans).

D'ailleurs, elle n'a pas oublié ni ce qu'elle a appris en classe, ni ce qu'elle a lu ou vu jouer, mais elle ne sait ni où, ni quand.

Elle se reconnaît sur une photographie, avec signalement, publié dans la presse, mais son nom ne lui rappelle rien.

Au bout de un mois, le 2 juillet, mis en présence de sa famille, elle ne reconnaît ni sa mère, ni son père, mais se jette dans les bras de sa sœur. Par contre, elle se rappelle très bien tout ce qui s'est passé depuis la sortie de l'état de léthargie.

A l'hôpital de X..., les examens pratiqués n'ont rien révélé d'anormal et on n'a pu établir la cause de son état. Deux cuti-réactions à la tuberculine sont restées négatives. Elle présentait simplement une céphalée intense, diffuse, qui a cédé dans les jours qui suivent. Elle aurait maigri de 12 kg. pendant l'épisode de la fugue. Elle aurait également présenté une période de diplopie légère, surtout apparente à la lecture.

En arrivant chez elle, elle présente chaque cinq ou six jours un accès de fièvre à 39°-40°, avec frissons, sensation de chaleur et transpiration, du type accès palustre, délire, avec seulement des réminiscences de faits survenus après la fugue. A ce moment, elle est très abattue, dort presque toute la journée, commence les choses sans les finir; son regard paraît privé d'intelligence. Elle marche courbée, comme une personne âgée; elle n'a goût à rien. Devant cette apathie, les parents décident de la mettre en observation à l'hôpital de Z..., où elle entre le 8 juillet 1941. On la surveille, de nouveaux examens sont pratiqués. Elle accuse surtout une perte de mémoire, « après une période de nuit intellectuelle tout ce passe comme si elle naissant de nouveau ». Elle conserve la mémoire des faits récents. L'examen somatique est entièrement négatif, la tension artérielle est de 12-7 1/2. Une ponction lombaire, pratiquée le 10 juillet 1941, montre une liquide céphalo-rachidien « eau de roche », avec une tension de 11 (décubitus latéral) au manomètre de Claude: — 0,5 éléments au mm³, 0,22 d'albumine, 0,62 de glucose, 7 gr. 10 de chlorures par litre. Les réactions de Pandy et Weichbrod sont négatives, la réaction de B.-W. et la réaction de Meinicke sont négatives dans le liquide céphalo-rachidien; la réaction du benjoin colloïdal montre une précipitation complète du 6^e, 7^e et 8^e tube. La formule sanguine est normale, la recherche des hématozoaires au moment des accès est négative. Les urines sont normales, ni albuminurie, ni glucosurie, ni cylindrurie. Elle est traitée par la salitropine.

Le 19 juillet, elle présente une température à 38°, avec pouls autour de 100, température qui va se maintenir en plateau et qui a été contrôlée plusieurs fois, mais ne s'accompagne d'aucun symptôme, ni subjectif, pas de céphalée,

ni objectif. Un examen radiologique des poumons ne montre pas d'images pathologiques, le fond d'œil est normal; au point de vue psychiatrique, seul persiste une amnésie rétrograde qui porte non seulement sur la fugue à X... mais également sur des faits antérieurs à sa maladie. Elle ne garde aucun souvenir de son enfance, le nom d'un village où elle a vécu six ou sept ans n'évoque absolument rien pour elle. Elle ne se souvient pas non plus de son séjour au collège de O... et au lycée de A... De ce dernier établissement, elle ne connaît pas le nom de la directrice. Quand elle évoque des études, elle voit simplement des livres et nullement ses professeurs et leur visage. Elle a l'impression d'avoir vu son père autrefois, mais elle ne l'aurait pas reconnu si on ne lui avait pas dit qu'il était son père; par contre, eût-elle rencontré dans la rue sa sœur, elle aurait dit: « C'est ma sœur ». De la maladie qui a précédé la fugue, elle ne garde, toujours, comme du reste d'ailleurs, que des souvenirs fragmentaires, tels que celui de la ponction lombaire.

Elle quitte l'hôpital de A... le 1^{er} août 1941, pour rentrer chez elle; elle présente cependant encore quelques accès de fièvre qui diminuent d'ailleurs d'intensité. Elle paraît reprendre goût à la vie; elle s'intéresse à la musique, brode, sort. Si on la contrarie, son visage change, elle a une impression un peu hagarde, elle se fâche, trouve tout le monde méchant autour d'elle et finit par s'endormir profondément; au réveil, elle en garde un souvenir vague, comme si c'était un autre qu'elle qui s'était mis en colère.

En septembre 1941, elle est hospitalisée au service du Professeur Euzière. L'examen physique est pratiquement négatif. On note simplement une obésité diffuse, harmonieuse, avec quelques vergétures sur les flancs et les cuis-

ses. Les pieds et les mains sont couvertes de sueurs froides; les réflexes sont légèrement plus vifs à gauche qu'à droite. La tension artérielle est de 11 1/2-7 1/2, la glycémie est de 0,80 par litre, la réserve alcaline est de 54 cm³, 8 de CO² pour cent, le métabolisme de base est normal. Les urines ne contiennent ni albumines, ni glucose; on note cependant une légère polyurie à 2 l. par 24 h. Une radiographie de la selle turcique montre une selle turcique plutôt petite, dont les apophyses clinoides antérieures et postérieures sont en contact. On ne note pas d'anomalie de la voûte (D^r Parès). L'examen oculaire (D^r Viallefont), montre une vision normale: VOD et VOG = 1. Pas de diplopie à l'examen. Fond d'œil sensiblement normal, champ visuel normal au doigt, rétréci bi-temporalement à 60° pour l'index, de 3 mm. et de 5 mm. Tension de l'artère rétinienne: 40 mm. de mercure à OD et 50 mm. de mercure à OG.

D'autre part, depuis sa fugue, la malade n'est plus réglée régulièrement: 46-47 jours d'intervalle, règles de courte durée: 1 1/2 à 2 jours, écoulement menstruel peu abondant, douloureux surtout au début.

Pendant son séjour au service du Professeur Euzière, elle ne présente aucune manifestation particulière, si ce n'est quelle est facilement irritable. Il n'y a plus de boulimie, plus de poussées de température. Elle s'occupe toute la journée à lire des romans policiers et d'aventures, alors que les romans sentimentaux ne l'intéressent pas, à écrire des romans qu'elle ne finit pas et qu'elle déchire le soir venu.

Elle ne reconnaît toujours pas ni son père ni sa mère, pour lesquels elle éprouve cependant un sentiment différent que pour des personnes étrangères. Elle quitte le service du Professeur Euzière vers la fin novembre pour ren-

trer quelques jours plus tard à l'hôpital de A..., où elle reste peu de temps pour être placée dans une maison de santé, d'où elle s'échappera pour rejoindre sa famille. A ce moment, son caractère était de plus en plus irritable, et particulièrement vis-à-vis de sa grand'mère, qu'elle ne voulait pas reconnaître. Elle présente des crises hystériques, avec agitation extrême absolument typiques. Peu à peu, cependant, elle reprend la vie normale: rentre en classe, va et vient normalement.

Deux mois après, elle fait une pleurésie double qui motive son entrée dans un sanatorium (fin 1942). Quelques mois après, on constate, à l'examen radiographique, des lésions parenchymateuses bilatérales prédominantes à gauche. On crée un pneumothorax gauche.

Actuellement, cette malade est rentrée chez elle: l'examen bacilloscopique est négatif, son pneumothorax est entretenu régulièrement et l'examen radiologique montre une évolution favorable. Son psychisme paraît normal, sauf peut-être une certaine originalité de caractère. Elle a commencé récemment des études d'infirmière.

Si nous voulons résumer en quelques mots cette longue observation, nous voyons que cette malade présente une puberté précoce, s'accompagnant d'une crise psychique avec instabilité de caractère durant plusieurs années. Sur ce fond d'instabilité psychique et peut-être sur un terrain héréditairement prédisposé, se greffe un épisode fébrile, de nature indéterminée, suivie de manifestations psychiques, de type mythomane, un débordement d'une imagination trop fertile et qui, par son intensité même dépasse les limites de la normale. Puis, des crises hystériques typiques viennent s'y intriquer.

Cependant, progressivement, ces manifestations psychi-

ques s'atténuent, disparaissent, mais sont suivies de très près par des manifestations tuberculeuses viscérales évolutives.

Dans la thèse de Mme S. Leconte-Lorsignol (1) on trouve décrite précisément la mentalité de l'enfant à la puberté. On retrouve l'exaltation imaginative avec les thèmes mégalomaniques, avec les rêveries mystiques et l'amour de la logique, de la métaphysique, analogue au dogmatisme scientifique, délires passagers qu'on peut observer à l'adolescence. On retrouve chez l'adolescent beaucoup du mode de pensée du schizophrénique.

(1) Mad. LECONTE-LORSIGNOL. — Evolution des troubles de l'intelligence et du caractère à la puberté. *Thèse de Paris*, 1938.

III

Si, maintenant, nous voulons essayer d'interpréter ce cas de mythomanie, lui trouver une base organique, nous devons répondre à deux questions :

1° Les manifestations observées peuvent-elles être rattachées à des phénomènes lésionnels, à des modifications locales, sinon anatomiques du moins fonctionnelles, constituant une « épine irritative » ?

2° Quelle est la nature de cette « épine irritative » ?

1° Les manifestations observées peuvent-elles être rattachées à des phénomènes lésionnels, à une épine organique, anatomique ou fonctionnelle ? Ici, nous ne pouvons formuler que des hypothèses, mais certains faits sont incontestablement en faveur d'une telle manière de voir :

a) D'abord, le fait de la précocité même de la puberté chez cette malade.

On sait, en effet, que l'hypophyse intervient dans la formation pubertaire. C'est elle qui est la cause de cette dysharmonie prépubérale, de cette acromégalie transitoire qui caractérise cette période et qui se prolonge pendant un certain temps dans la phase pubertale ; c'est elle, encore, qui va réagir sur les autres glandes endocrines, thyroïdes, surrénales, et qui vont transformer l'enfant en adolescent,

On connaît, d'autre part, des cas de tumeurs de l'hypophyse qui s'accompagnent de puberté précoce.

La tendance à l'obésité, que nous avons observé chez cette malade, est également un symptôme en faveur d'un certain degré d'hyperfonctionnement de l'hypophyse, et, bien que l'examen radiologique montre une selle turcique de petites dimensions, cela n'est pas pour infirmer cette hypothèse, l'hyperfonctionnement pouvant être un fait d'irritation par une lésion de voisinage, en particulier de la région infundibulo-tubérienne.

Il semble donc bien que cette malade présente une « note » hypophysaire.

b) Un deuxième argument en faveur d'une lésion de cette région est le dérèglement thermique qu'a présenté cette malade, accès fébriles isolés, du type accès palustre. Or, nous savons que le centre de la régulation thermique est diencephalique, et Tinel écrit (1) : « Les réactions fébriles d'origine infundibulaire se retrouvent dans les tumeurs cérébrales et les méningites basilaires qui peuvent ainsi parfois prendre l'allure d'une affection fébrile. Cette fièvre nerveuse est déjà souvent reconnaissable à ses allures irrégulières, soit continue, soit discontinue, avec crises intermittentes d'hyperthermie, soit à l'inversion du rythme nyctéméral, soit encore à la discordance très fréquente entre la température centrale et la température périphérique, beaucoup plus basse et parfois même au-dessous de la normale. Elle se reconnaît encore à la dissociation fréquente entre la température et le pouls; à l'absence possible de

(1) TINEL. — Système nerveux végétatif, 1937.

réactions vasomotrices habituelles ou de l'hyperazoturie de la fièvre normale à l'absence aussi des réactions leucocytaires, à moins d'infection associée; mais une diagnostic formel ne peut évidemment se porter que par la coexistence d'autre troubles nerveux. La même hyperthermie nerveuse peut, avec les mêmes caractères, se rencontrer dans l'encéphalite léthargique dont elle provoque parfois les formes hyperthermiques... mais le sympathique intervient également et il peut être atteint à ses divers centres étagés. Cependant, il n'en reste pas moins que cette mise en action du système sympathique peut être déclenché, et avec une intensité toute particulière, par l'activité tubérienne qui semble réellement jouer le rôle primordial ».

c) La léthargie est un symptôme bien connu des atteintes diencephaliques. Il est démontré actuellement que le diencephale possède un rôle régulateur sur la fonction hypnique et sur le système du sommeil (Tinel). L'Hermitte considère le sommeil morbide comme l'expression d'une perturbation des centres organiques végétatifs sensibilisés.

d) La boulimie, également, semble pouvoir être rattaché à une lésion diencephalique.

e) Enfin, il est incontestable que l'on observe fréquemment des perturbations psychiques au cours de certains syndromes diencephaliques, tels le changement de caractère, des modifications de l'activité psychique. « On peut rappeler les réactions anxieuses et les syndromes dépressifs avec ralentissement ou « viscosité » psychique, ou au contraire, les états d'excitation ou les manifestations de déséquilibre mental hystéroïde que l'on voit survenir à la suite de l'encéphalite léthargique. » De semblables troubles de caractère ont été signalés dans les tumeurs du 3^e ventri-

cule (Weisenburg, Claude et Lhermitte, Schilden et Weissmann, Roussy et Lhermitte, etc, (Tinel) [1].

Il y a là, donc, tout un ensemble de signes, de symptômes qui orientent vers un point localisé de la région infundibulo tubérienne, et il n'est pas illogique de penser qu'il existe là, quelque part, une lésion soit organique, soit fonctionnelle.

D'autre part, on connaît l'instabilité sympathique de l'enfant à l'âge de la puberté, « le développement des glandes endocrines entraîne un changement d'équilibre vasosympathique; le type vagal de l'enfant va devenir le type sympathique de l'adulte, et cette transformation ne se fait pas toujours sans heurt, pour peu qu'il y ait quelques tares ou un état humoral favorable ». (Et. May) [2].

Il semble donc bien que l'on puisse, dans une certaine mesure, expliquer la genèse de ses manifestations mythomaniaques. Tout comme l'asthme, nous avons ici un terrain émotif à système vasosympathique instable, réalisé par la crise pubertaire, une épine irritative localisée dans la région infundibulo-tubérienne, région riche en éléments sympathiques ou centres de toutes sortes; il nous reste à rechercher la cause qui a déclenché ces manifestations et la nature de cette épine irritative.

2° Quelle est, en effet, la nature de ce trouble de la région infundibulo-tubérienne?

Ici, nous ne pouvons que rester dans le domaine de l'hypothèse.

(1) Système nerveux végétatif. J. Tinel, 1937. Régulation d'encéphalique des fonctions psychiques.

(2) La Puberté, G. Laroche, 1938. Troubles vasomoteurs de la puberté (Et. May).

a) La première qui vient à l'esprit est celle d'une formation tumorale, irritant par son développement les centres neuro-végétatifs de cette région. Cependant, il paraissait difficile de retenir cette étiologie. En effet, tous les examens faits dans ce sens se sont révélés négatifs, l'examen ophtalmologique s'est montré sensiblement normal; la ponction lombaire n'a montré aucune modification importante du liquide céphalo-rachidien. D'ailleurs, l'évolution a confirmé cette manière de voir.

b) La deuxième hypothèse est celle d'une atteinte par le virus névraitique.

A lire les observations publiées depuis 1918, on ne peut s'empêcher de faire le rapprochement de ces manifestations hystéroïdes avec celles de l'encéphalite léthargique. En effet, on y retrouve ces phénomènes atypiques.

Cette température, sur laquelle on a toujours un doute, cette boulimie, ces troubles du centre hypnique et ces troubles psychiques variés à l'infini; les examens de laboratoire négatifs, n'excluent pas cette étiologie bien que, habituellement, s'observent des modifications légères du liquide céphalo-rachidien. Il est d'ailleurs à remarquer que le cas aurait été sporadique, car, ni dans l'entourage, ni dans la région, on n'a observé des cas d'encéphalite épidémique.

c) Mais d'autres affections, comme la grippe, la syphilis, peut-être, et, en tout cas, la tuberculose, paraissent susceptibles d'altérer les centres mésentencéphaliques et de produire des syndromes d'encéphalite léthargique, ou bien encore s'agit-il d'un de ces cas d'atteinte par un virus neurotrope sans individualité propre, comme le pense Ch. Nicolle, mais dérivant d'un germe saprophyte ou pathogène dont ils constituent la forme invisible adaptée à la viru-

lence. Il n'est pas impossible, d'autant plus que nous assistons actuellement à une évolution de ses virus neurotropes dont les observations deviennent de plus en plus fréquentes, comme le rappelaient récemment les professeurs Giraut, Bert et le docteur Mas.

Cependant, nous soulevons volontiers l'hypothèse de la nature bacillaire de cette histoire, et ceci d'autant plus qu'elle s'est terminée par une bacillose pulmonaire évolutive. Si nous pensons à la fréquence avec laquelle la tuberculose-infection devient tuberculose-maladie au moment de la puberté, nous ne pouvons nous empêcher de faire le rapprochement. D'autre part, on ne peut pas ne pas être frappée par l'analogie que présente cette observation avec ce que le Professeur Vires a décrit sous le terme de « syndrome nerveux prétuberculeux » et que l'on trouve si bien exposé dans la thèse du Docteur Mas (1). Le Professeur Vires a ainsi décrit l'ensemble des syndromes neurologiques et psychiques qui précèdent habituellement l'apparition clinique de la tuberculose. Ces troubles psychiques sont souvent mal précisés, diffus, variés. Parfois, au contraire, systématisés, ils consistent en des manifestations hystériques ou en psycho-neurasthénie ». Il semble que bien avant que se produisent les signes classiques de l'imprégnation (fièvre, toux, fatigue), le futur malade se trouve déjà sous l'influence toxique du bacille (J. Duchaine) [2].

L'enfant né de parents tuberculeux et prédisposé à l'infection bacillaire accuse de bonne heure des particularités

(1) Psychasténie et neurasthénie tuberculeuse (P. Mas, 1935). *Thèse Montpellier*.

(2) Les syndromes psychiques et l'imprégnation bacillaire (J. Duchaine). *Bulletin Médical*, 17 février 1934.

intellectuelles. « La crue cérébrale, comme la crue physique, peut être précoce et plus rapide que chez l'enfant sain, et l'héréditaire tuberculeux paraîtra vif et intelligent, parlera tôt, plaira par la facilité qu'il a à converser ». (Vires) [1].

Dans la période qui précède l'éclosion des manifestations viscérales, on peut voir l'état psychique s'altérer à des degrés divers. Tantôt l'on assiste à un simple changement du comportement psychique. « Avant toute manifestation thoracique, on voit les malades en puissance de tuberculose devenir impressionnables, instables, ou tristes et mélancoliques. Leur caractère se transforme; inquiets et tourmentés, ils s'irritent des choses les plus futiles. Quelques-uns deviennent vifs, bruyants, se lancent dans des spéculations nouvelles et hasardeuses, font des rêves gigantesques, caressent de longs espoirs et nourrissent de vastes pensées; d'autres sont insouciantes, apathiques, se désintéressent de leurs affaires, perdent de leur vivacité intellectuelle, de leur ardeur au travail ». (Vires) [1].

Ne retrouve-t-on pas quelques-uns de ces traits chez cette malade?

Si, maintenant, on se rapporte à la conception de Ranke sur l'évolution de la tuberculose, on constate que si on ne peut situer exactement la date de la primo-infection, il n'est pas illogique de faire entrer ces manifestations mythomaniaques et hystériques dans le cadre de la période secondaire, période d'hypérallergie, avec ses manifestations vasomotrices fluxionnelles; cette malade n'est-elle pas entrée dans la période tertiaire, période de localisation viscérale,

(1) Etudes pratiques et générales sur la tuberculose. Diagnostic de la tuberculose au début (Vires). *Montpellier Médical*, 1903.

par sa pleurésie suivie de près par une atteinte parenchymateuse bilatérale?

Contre cette hypothèse s'élève la négative de la cuti-réaction pratiquée au décours de la fugue. Peut-on pour cela éliminer l'hypothèse de la nature bacillaire? Nous ne le croyons pas. En effet, la cuti-réaction peut être négative soit parce qu'il y a anergie (la cuti-réaction a été pratiquée après la fugue, la malade ayant fourni un gros effort physique et présenté une chute de poids appréciable), soit simplement parce qu'il y a allergie latente, les anticorps de la peau étant en très faible concentration, une intradermo-réaction aurait alors, peut-être, été positive, mais elle n'a pas été pratiquée.

Et si l'on suit l'évolution de ces manifestations, on constate que, de temps en temps, on observe des clochers thermiques, des manifestations psychiques qui vont en diminuant mais qui n'en sont pas moins l'indice que le feu couve sous la cendre. Un beau jour, des phénomènes viscéraux se déclarent alors que les manifestations encéphalitiques ont pratiquement disparu. On est frappé de cette espèce de balancement et ceci s'assimile bien avec la notion qui veut qu'à la fin de la période secondaire l'allergie tende à s'atténuer et que tous les processus tendent à se concentrer sur le poumon, aboutissant à la phtisie.

En définitive, quelle que soit la nature de cette épine irritative, il semble bien qu'elle joue un rôle localisateur, tout comme l'épine bronchique ou pulmonaire joue ce rôle dans l'asthme. Marchand, d'ailleurs, dans l'introduction de son livre, *Maladies mentales*, écrit (2) : « Le cerveau,

(2) *Maladies mentales. Etudes anatomo-biologiques*, L. Marchand, 1939.

comme les autres organes du corps humain, ne dispose, à notre connaissance actuelle, que d'un petit nombre de modes réactionnels, suivant la nature, l'intensité, la diffusion du processus agressif, suivant aussi la région du cerveau primitivement touchée, car il semble exister des aires cérébrales et des structures cellulaires plus particulièrement en rapport avec les différentes activités psychiques. Les lésions représentent dans leur ensemble la réaction du cerveau, provoquée par les causes les plus diverses. Dans la réalisation des différents syndromes psycho-pathologiques, elles montrent que l'agent causal, sa nature, son mode d'activité est secondaire et, ce qui compte principalement, c'est le type réactionnel cérébral qui dépend de l'âge du sujet ou plutôt de son degré d'organisation cérébrale, de son degré de morbidité nerveuse ». D'ailleurs, « en pathologie mentale, plus que dans les autres domaines de la médecine, les troubles ou désordres fonctionnels dépassent souvent en importance l'altération anatomique ».

La notion de l'organicité de certains syndromes neuro-psychiâtriques, autrefois classés comme névroses, c'est-à-dire sans lésion, s'impose de plus en plus.

Le nombre des observations publiées avec des syndromes variés de cet ordre augmente tous les jours et, en définitive, nous estimons, avec Ludo van Bogaert, que c'est encore l'étude des syndromes organiques, plus particulièrement la pathologie diencéphalique, qui est la meilleure « voie d'approche neurologique » de l'hystérie.

Nous pensons que cette observation apporte un témoignage de plus à cette nouvelle conception de l'hystérie.

BIBLIOGRAPHIE

- BARUK (H.) et Mlle GÉVAUDAN (Y). — Hystérie et psychoses périodiques. *Revue médicale française*, mars 1937.
- BÉNARD (R.). — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 12 oct. 1928. (Discussion).
- BÉNET, — Propos sur la puberté précoce. *Paris Médical*, déc. 1938.
- BOISSEAU (J.). — Conceptions nouvelles de l'hystérie et son traitement. *Presse Médicale*, sept. 1936.
- CHAVANY. — Réflexions sur la maigreur nerveuse. *Gaz. Hôp.*, 1941, pp. 561 et 577.
- CLAUDE et BARUK. — Tuberculose et démence précoce. Les troubles psychiques dans les « phases torpides » et les phases prémonitoires de la tuberculose. *Paris Médical*, déc. 1930.
- Congrès roumain de Neurologie*. Cernauti, 1928.
- Congrès de Bruxelles*, juillet 1935.
- Congrès de Bucarest*, oct. 1936.
- DAREMBERG. — Sur les débuts cérébraux de la tuberculose. *Archives Gén. de Médecine*, 1883.
- DUCHAINE. — Les prodromes psychiques de l'imprégnation bacillaire. *Bull. Médical*, fév. 1934.

- ÉLUIÈRE et BERT. — Deux cas d'anorexie mentale dans une même famille. 43^e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de langue française. Montpellier, oct. 1942.
- GIRAUD (A.) et SÉDAD (A.). — Les conceptions allemandes actuelles sur l'évolution générale de la tuberculose. *Revue de la Tuberculose*, 1924.
- GIRAUD (G.), BERT et MAS. — Syndromes névritiques polymorphes à virus neurotrope. *Gaz. des Hôp.*, 1943, p. 293.
- HESCOVICI. — Mécanisme de la puberté. *Revue de Médecine*, mars 1939.
- LAROCHE (G.). — La Puberté. (Masson, 1938).
- LECONTE-LORSIGNOL (S.). — Evolution des troubles de l'intelligence et du caractère à la puberté. *Thèse Paris*, 1938.
- LHERMITTE. — Hypersomnie périodique et menstruation. *Progrès Médical*, 1942, p. 191.
- MARCHAND (L.). — Maladies mentales. Etude anatomo-biologique (A. Legrand, 1939).
- MARCHAND et COURTOIS. — Les encéphalites psychosiques. (Le François, 1935).
- MARINESCO et NICOLESCO (M.). — Sur un cas de mythomanie hystérique. *Annales médico-psychologiques*, nov. 1938.
- MAS (P.). — Psychasthénie et neurasthénie tuberculeuse. *Thèse Montpellier*, 1935.
- NICOLLE (Ch.). — Destin des maladies infectieuses. Presses universitaires, 1939).
- NOBÉCOURT. — Puberté et tuberculose. *Gaz. des Hôp.*, 1942, p. 441; 1943, p. 21.

RADOVICI. — Hystérie et états hystéroïdes organiques. *Soc. Neurologie*, 5 juin 1930.

— L'hystérie après Charcot et après Babinski devant les progrès de la neurologie. *Journ. de Méd. de Lyon*, avril 1935.

— *Congrès roumain de Neurologie*. Cernauti, 1928.

RIMBAUD (L.). — Précis de Neurologie. (Doin, 1942).

RISER, GAYRAL, RUFFIÉ. — Dérèglement végétatif intense après méningite pneumococcique. *Presse Médicale*, 1943, p. 395.

ROGER (H.). — Les syndromes infundibulo-tubériens. *Gaz. Hôp.*, 1942, pp. 493 et 409.

ROGER et BINET. — Traité de physiologie normale et pathologie, t. x.

SAINTON, SIMONNET, BROUHA. — Endocrinologie. Clinique, Thérapeutique, Expérimentation. (Masson, 1942).

TINEL (J.). — Le système nerveux végétatif (Masson, 1937).

TINEL (J.). et BARUK (H.). — Crise de catalepsie hystérique et de rigidité cécérébré. *Soc. Méd. Hop. Paris*, 12 oct. 1928.

VILLANOVA. — Les rapports de l'asthme et de la tuberculose. *Gaz. des Hôp.*, 1942, p. 201.

VIRET. — Etudes pratiques et générales sur la tuberculose. Diagnostic de la tuberculose au début. *Montpellier Médical*, 1903.

— Diagnostic précoce de la Tuberculose. *Montpellier Médical*, 1907.

On trouvera dans la thèse de Mme S. Leconte-Lorsignol une bibliographie plus complète sur les troubles psychiques à la puberté.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque,

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

*A la recherche d'une base organique
dans un cas de mythomanie.*

par R.-J.-F.-A. GRAAFLAND.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 3 mars 1944.

Le Professeur,
EUIZIERE.

Vu:

Montpellier, le 3 mars 1944.

Le Doyen,
GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 3 mars 1944.

Le Recteur,
BOUSSAGOL.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées
comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approba-
tion, ni improbation.



